

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°65

LA
MALADIE
DE
SUTTON

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 4 DÉCEMBRE 1939

PAR

ANDRÉ CAMARÉ

Né le 11 février 1912 à Vielmur-sur-Agoût (Tarn)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, Professeur, *President.*

EUZIÈRE prof.-doyen

COLLÈGE DE CARRERA, agr.

HARANT, agrégé.

} *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1939

LA MALADIE DE SUTTON

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N°65

LA
MALADIE
DE
SUTTON

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 4 DÉCEMBRE 1939

PAR

ANDRÉ CAMARÉ

Né le 11 février 1912 à Vielmur-sur-Agoût (Tarn)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	{	MM. MARGAROT, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
		EUZIÈRE prof.-doyen		
		COLL DE CARRERA, agr.		
		HARANT, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	L. HEDON.
Chimie biologique médicale et Toxicologie...	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique.....	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et Matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL J.
Pathologie médic. et clin. propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale.....	GIRAUD.
	RIMBAUD.
Clinique chirurgicale.....	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
	RICHE.
Clinique obstétricale.....	P. DELMAS.
Clinique des maladies ment. et nerv.....	EUZIERE, <i>doyen</i>
Clinique des malad. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge...	BOUDET.
Clinique de dermatosyphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.....	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.....	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-laryng.-maxillo-faciale.	TERRACOL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Anatomie (Ch. de c.).....	LAUX.
Histologie (Ch. de c.).....	GRANEL.
Propédeutique chirurgicale (ch. de c.).....	AIMES.

Honorariat

RODET, TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS. CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés de Cours complémentaires

Histoire Naturelle médicale.....	MM. HARANT, agr.
Pathologie Médic. et clin. propédeutique médic.	N...
Clinique propédeutique médicale.....	P. RIMBAUD, agr.
Clinique des maladies contagieuses.....	JANBON, prof.
Clinique physiologique.....	VIDAL, prof.
Chirurgie expérimentale.....	GUIBAL, agr.
Pathologie externe.....	MOURGUE-MOLINES, agr.
Médecine opératoire.....	ROUX, agr.
Accouchements.....	N...
Stomatologie.....	FERRIER, Dr.

Agrégés en Exercice

Médecine . . .	} MM. P. RIMBAUD. BOUCOMONT, BERT.	Chirurgie. . .	} MM. ROUX, MOURGUE-MOLINES GUIBAL.
Microbiologie.		Bactériologie.	
Urologie.	CARRÈRE. TRUC.	Chimie.	MONNIER.
		Accouchement	CADÉRAS de KERLEAU

Examineurs de la Thèse

MM. MARGAROT, <i>profess^r-président</i> .	MM. COLL DE CARRERA, <i>agrégé</i> .
EUZIÈRE, <i>profess^r-doyen</i> .	HARANT, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA CHÈRE FEMME
A MA FILLE BIEN AIMÉE

Expression de mon amour profond
et de ma tendresse infinie

A.C.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma filiale reconnaissance
et de mon éternelle gratitude.

A MON BEAU-PÈRE, A MA BELLE-MÈRE
A MA GRAND'MÈRE, MADAME V^{ve} FONTÈS

Gage de ma bien sincère affection.

A MON FRÈRE JEAN, A MA SŒUR SIMONE
A MA BELLE-SŒUR JEANNE

Avec ma fraternelle et profonde affection

A.C.

A NOTRE EXCELLENT ET VÉNÉRÉ MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

qui nous a inspiré cette thèse et nous a fait
le grand honneur de la présider.

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES

MEIS ET AMICIS

A.C.

PRÉFACE

Un cas de maladie de Sutton, relaté par M. le professeur MARGAROT et le docteur J. RAVOIRE et dont notre vénéré Maître, M. le professeur MARGAROT, voulut bien nous en communiquer l'observation, nous a fourni notre sujet de thèse.

Nous aurions voulu étudier et discuter de façon plus complète cette affection ; les événements actuels, en nous éloignant de nos études et nous empêchant d'effectuer des recherches plus approfondies, nous en ont seuls empêché.

Nous avons essayé toutefois de faire sur cette question un travail de mise au point aussi complet que possible et osons espérer que nous aurons tout de même pu faire ainsi œuvre utile.

D'autres que nous, reprenant le même sujet, pourront plus tard donner à ce simple essai une forme plus complète et plus définitive.

Au moment de terminer notre scolarité, qu'il nous soit permis maintenant d'exprimer à tous les maîtres qui nous ont aidé de leurs conseils et manifesté leur bienveillance, toute notre gratitude et les assurer que leur souvenir restera toujours gravé dans notre mémoire.

LA MALADIE DE SUTTON

I

GÉNÉRALITÉS

Définition. — L'affection que nous allons étudier est caractérisée par l'apparition de une ou plusieurs taches achromiques centrées par un nævus pigmentaire. Suivant certains auteurs, il s'agirait d'un vitiligo péri-nævique ; suivant quelques autres, on se trouverait en présence d'un nævus achromique entourant un nævus pigmentaire.

Historique. — Cette affection porte le nom de « maladie de Sutton » qui la décrivit en 1916 sous le nom de « une variété anormale du vitiligo » et qui en faisait une leucodermie centrifuge acquise (*leucoderma centrifugum acquisitum*). Mais elle avait été signalée dès 1874 par HEBRA et KAPOSI, en 1910 par ROLLESTON et enfin en 1915 par ALMKWISK.

Toutefois, c'est surtout à partir du moment où SUTTON eut décrit cette dyschromie que de nombreux auteurs publièrent des cas analogues tout en indiquant cependant la rareté de cette association « nævus pigmentaire occupant le centre d'un halo achromique ».

Nous citerons dans l'ordre chronologique les divers auteurs qui ont publié sur ce sujet des travaux ou de simples observations.

Ce sont : BUNTCH, PETGES, MONTPELLIER, MONTPELLIER et LACROIX, STOKES, RABUT, CRAWFORD, VON POOR, NARDUCCI, GOUGEROT, BLUM et GASSOT, CARRERA, CORDIVIOLA, LOUSTE, LEVY-FRANCKEL et CAILLAU, FELDMAN et LASHINSKY, SANNICANDRO, BARTHÉLEMY, NOUS-SITOU et BOSC, OBERMAYER, STILLIANS et SMITH, J. PASSANO, O.-D. DODERO et C.-M. SEMINARIO.

Cette liste déjà longue des auteurs et leur différente nationalité indiquent assez clairement que cette maladie a été observée et étudiée dans plusieurs pays du monde.

ETUDE PRÉLIMINAIRE DES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU SYNDROME

Il conviendrait dès maintenant, avant d'aborder plus complètement cette étude, de dire quelques mots sur les différents éléments qui constituent cette affection : *nævus et vitiligo*.

Nous exposerons aussi les théories classiques admises à leur égard.

I. — **Nævus.** — Le terme de *nævus* fut appliqué à l'origine à toutes les taches colorées que présente la peau d'un grand nombre de nouveau-nés (*envies*), il fut ensuite étendu par RAYER à toutes les altérations congénitales circonscrites, de la couleur ou de la texture cutanée. Mais il est hors de doute que nombre de ces altérations,

considérées comme congénitales et qui sont soit d'origine héréditaire soit d'origine embryonnaire, n'apparaissent qu'un certain temps ou même longtemps après la naissance.

Ne vaut-il pas mieux dire avec BROcq que le nom de *nævi* s'applique à toutes les difformités cutanées circonscrites ?

Pour DARIER, les *nævi* sont des difformités circonscrites de la peau d'origine « embryonnaire ou évolutive » survenant à un âge quelconque et évoluant avec une grande lenteur.

A l'heure actuelle, les *nævi* sont considérés comme des malformations congénitales de la peau affectant la forme de taches persistantes ou de tumeurs (définition classique). Mais il est hors de doute, ainsi que l'ont fait remarquer BROcq et DARIER, que ces difformités sont loin d'être strictement congénitales et immuables. Certaines en effet n'apparaissent qu'après la naissance, à la puberté ou même plus tard ; beaucoup s'étendent, grossissent ou au contraire régressent.

On peut, suivant M. SEE, diviser les *nævi*, selon leurs éléments constitutifs, en *nævi pigmentaires*, *nævi tubéreux non vasculaires* et *nævi vasculaires*.

a) *Nævi pigmentaires*. — Ils peuvent être plans et lisses (*nævi spili*) punctiformes ou lenticulaires. Petits, ils sont ovalaires ; grands, ils sont parfois de forme irrégulière. Leur couleur est d'un brun plus ou moins foncé.

Ils peuvent être aussi *légèrement indurés à leur base*, former une certaine *saillie* allant de la papule à la forme verruqueuse et porter à leur centre un bouquet de poils anormalement développés : ce sont les *nævi pilaires*.

b) *Nævi tubéreux*. — Entre le *nævus* plan ressemblant au lentigo et les *nævi* saillants, il existe toute les transi-

tions possibles. On peut les diviser suivant leur consistance en plusieurs groupes.

1° *Nævi verruqueux durs*. — Simples proliférations épidermiques sur un derme à peine épaissi (*nævi cornés* ou *kératodermiques*, *hyperkératoses congénitales circonscrites*, etc...).

Ils forment des saillies aplaties, à contours irréguliers, dures, rugueuses, dont la couleur varie de celle de la peau normale au jaune grisâtre ou au brun noirâtre. Leur dimension varie, tantôt gros comme une lentille, tantôt larges comme la main.

2° *Nævi verruqueux mous*. — Ce sont des tumeurs saillantes parfois mamelonnées, mollasses, pigmentées ou non, de dimension variable. Elles peuvent être recouvertes de poils et les *nævi pilaires* cités plus haut n'en sont qu'un cas particulier.

3° *Nævi molluscoïdes*. — Les *nævi mollusciformes*, *molluscum simples* ou *pendulum*, *fibroma molluscum*, sont des tumeurs saillantes de volume variant entre celui d'une tête d'épingle et celui d'une noisette ou même d'une grosse noix. Ils sont généralement pédiculés.

II. — **Tache achromique**. — Tache achromique péri-nævique : cette tache est, suivant les auteurs, soit un véritable nævus achromique, soit un vitiligo authentique développé autour du nævus central.

Il n'est pas inutile de fixer le sens de chacune de ces deux expressions. Leur analyse précise peut seule permettre une interprétation correcte de la maladie de Sutton.

A. — *Nævi achromiques*. — Les *nævi achromiques* sont des achromies congénitales partielles manifestées

par des taches blanches limitées. Ils constituent exactement l'inverse des nævi pigmentaires. Leur forme est arrondie ou linéaire, et leur existence habituellement constatée dès la naissance. Ils diffèrent des plaques de vitiligo par l'absence d'une bordure hyper-pigmentaire. On les différencie d'autre part des nævi anémiques par leur persistance à la vitropression, tandis que les limites des nævus anémiques s'effacent et que le nævus anémique lui-même se fond dans la surface exsangue réalisée par la compression.

B. — *Vitiligo*. — C'est une dyschromie cutanée non congénitale caractérisée par le développement de taches blanches, achromiques ou fortement hypochromiques, nettement limitées et entourées d'une zone plus ou moins étendue d'hyperpigmentation. « Il est nécessaire, dit DARIER, pour qu'on puisse parler de vitiligo, que l'achromie et l'hyperchromie coexistent, que la peau ne présente aucune autre modification, enfin que la dyschromie soit acquise et non congénitale. »

En dehors de la dyschromie on ne note aucune modification en surface, en consistance, en épaisseur de la peau au niveau de la tache de vitiligo.

Les taches sont blanches, présentent la teinte de la craie, du lait ou de l'ivoire, elles sont arrondies ou ovales, parfois irrégulières. Leurs contours sont nets, leurs bords finement sinueux.

Leur évolution est sans règles précises, elles apparaissent soit brusquement, soit de façon insidieuse, elles progressent lentement ou restent stationnaires. Notons en passant cependant que cette dyschromie présente en général dans sa distribution une tendance marquée à la symétrie. Toutes les régions du tégument peuvent

être atteintes par le vitiligo, mais il occupe de préférence le dos des mains, des poignets et des avant-bras, ainsi que la face et le cou.

Il ne siège jamais sur les muqueuses. Les cheveux ou poils follets implantés sur les taches blanches sont d'ordinaire décolorés, ils ne tombent pas.

L'étiologie du vitiligo est inconnue, on remarque cependant qu'il apparaît le plus souvent dans la jeunesse ou dans l'adolescence et qu'elle frappe surtout les sujets bruns, principalement les femmes.

Il n'est pas douteux qu'il existe une relation entre cette dyschromie et des *altérations du système nerveux* soit que le trouble nerveux soit accidentel, soit qu'il dépende d'une tare nerveuse congénitale.

D'ailleurs on note souvent associés au vitiligo d'autres maladies générales nerveuses ou cutanées qui éveillent entre elles et le vitiligo une idée de parenté morbide. Parmi celles-ci citons d'abord la *pelade* que CASENOVE considérait comme une variété de vitiligo. On connaît la *théorie trophonévritique de Jacquet* sur la pelade dans l'évolution de laquelle il note une influence prédisposante de l'élément nerveux, l'existence d'une hypotonie cutanée et organique et le rôle déterminant d'altérations somatiques variables et multiples. Rappelons en outre la *théorie de Gaucher* pour qui la contagion ne s'exercerait qu'à la faveur d'une prédisposition spéciale qu'on trouve toujours dans une déséquilibration permanente ou momentanée du système nerveux.

On a signalé en outre la coexistence du *lichen plan* où le système nerveux joue un rôle indubitable avec le vitiligo.

Ce dernier se présente aussi avec une fréquence particulière dans l'aliénation mentale, l'épilepsie, la pachy-

méningite cervicale, les névralgies rebelles, le goître exophtalmique, etc...

Tous ces faits permettent de considérer le vitiligo comme une lésion d'origine nerveuse et pour GAUCHER, le vitiligo pourrait être rapporté à une auto-intoxication agissant par l'intermédiaire des nerfs.

D'un autre côté, le rôle de la syphilis est indéniable, dans certains cas, puisque cette idée s'est trouvée plusieurs fois confirmée par les bons résultats obtenus grâce au traitement anti-syphilitique.

« Mais rien n'autorise jusqu'ici à admettre qu'il existe un vitiligo syphilitique ni surtout que tout vitiligo implique une syphilis antérieure, acquise ou héréditaire. » (DARIER).

ÉLÉMENTS D'APPRÉCIATION ET DES CONCEPTIONS DIVERSES SUR LA MALADIE DE SUTTON

Nous possédons, après cette étude rapide des *naevi* et du *vitiligo* quelques notions de clinique et de pathogénie sur ces deux affections, qui nous permettront peut-être de nous faire une conception d'ensemble sur la maladie de Sutton caractérisée par la réunion de ces deux éléments et par l'action réciproque qu'ils peuvent avoir l'un à l'égard de l'autre.

Si les cas signalés sur cette affection ont été assez nombreux, toutes les observations les concernant ne sont pas entièrement superposables.

MONTPELLIER et LACROIX, les premiers, J. PASSANO, O.-D. DODERO et C.-M. SEMINARIO ensuite ont fait remarquer, à juste titre, que si les unes présentent à l'état de pureté le complexe « nævus centrant un halo achromique », les autres comportent une association de taches de vitiligo authentiques développées en dehors des nævi.

Cette diversité d'aspect dans les cas signalés donnera lieu à des divergences d'interprétation pour expliquer le mécanisme de cette affection.

Pour certains (CARRERA, NOUSSITOU, NARDUCCI, BOSCH, SÉZARY), il semble que l'on se trouve en présence d'une affection entièrement nævique comportant l'association d'un nævus pigmenté et d'un nævus achromique. Pour les autres (GRAHAM, LITTLE, RABUT, CRAWFORD, GOUGEROT, BLUM et GASSOT, LOUSTE, FRANCKEL-LÉVY et CAILLAU, CORDIVIOLA, OBERMAYER, J. PASSANO, DODERO et SEMINARIO), il s'agirait d'une forme rare de vitiligo dont certaines taches seraient centrées par un nævus.

De l'examen de ces discussions, il appert clairement, à notre avis, que nous nous trouvons en présence de deux ordres distincts qui ont donné naissance à deux conceptions différentes et à deux théories opposées.

Pour les uns, la maladie de Sutton est essentiellement nævique d'où :

la théorie du nævus leuco-pigmentaire.

Pour les autres, la maladie de Sutton est essentiellement vitiligineuse d'où :

la théorie de la variété rare du vitiligo dont certaines taches sont centrées par un nævus préexistant.

En présence de ces divergences, nous allons tout d'abord exposer de façon succincte, en les critiquant,

toutes les observations que nous avons pu recueillir sur cette affection ; nous citerons ensuite l'observation fournie par M. le professeur MARGAROT.

Après les avoir toutes discutées en les comparant, nous nous efforcerons de dégager notre conception pathogénique sur cette affection.

II

OBSERVATIONS RELATÉES PAR DIVERS AUTEURS SUR LA MALADIE DE SUTTON

Nous diviserons ces observations pour en faciliter l'étude en deux groupes suivant la théorie à laquelle les auteurs veulent les rattacher.

Nous exposerons donc successivement celles se rapportant à la théorie du *nævus leucopigmentaire* et ensuite celles se rapportant à la théorie de variété rare du vitiligo.

1^o Observations se rapportant à la théorie du *nævus leucopigmentaire*.

Les observations de SUTTON, BUNTCH, ROLLESTON, PETGES, nous montrent en effet le développement du halo achromique ou de la plaque du vitiligo seulement autour d'un *nævus* préexistant.

Le premier cas signalé par SUTTON est celui d'une jeune femme de vingt-deux ans présentant sur la joue une tache blanche dont le début ne remonterait qu'à trois mois. La tache blanche était centrée par une

petite papule légèrement saillante, arrondie et de couleur brunâtre, ressemblant au nævus pigmenté.

Le second cas de SUTTON concerne une jeune fille de seize ans présentant un certain nombre de taches blanches datant de trois ans environ. Ces taches sont centrées par une papule arrondie et brunâtre ; on ne note pas d'hyperpigmentation sur leur pourtour.

BUNTCH nous rapporte deux observations paraissant un peu identiques.

La première est celle relative à un enfant chez lequel sont apparues depuis cinq mois des taches ayant une couleur blanc porcelaine, centrées d'un nævus verruqueux. La deuxième concerne l'apparition depuis un an ou deux de trente cinq taches de vitiligo, chez une fillette de treize ans.

« Au centre de ces taches, dit l'auteur, est apparue une lésion saillante et fortement pigmentée ressemblant à une verrue. »

ROLLESTON, de même, nous rapporte le cas d'un homme, de cinquante-neuf ans, dont la surface abdominale présentait quelques taches de vitiligo centrées par une verrue pigmentée d'origine probablement congénitale.

PETGES enfin nous rapporte deux cas observés chez des militaires.

La première observation concerne un jeune homme de vingt-deux ans, présentant sept nævi disséminés sur le corps et ayant tous l'aspect suivant : « au milieu on voit un nævus lenticulaire, saillant, charnu, de couleur brun-foncé avec à son centre un ou deux gros poils ; autour de ces nævi, on note une auréole décolorée de couleur blanc nacré, ovale transversalement, à limites

nettes. Autour de la zone achromique, il n'existe pas une zone d'hyperpigmentation comme dans le vitiligo ».

La deuxième concerne un autre militaire, âgé lui aussi de vingt-deux ans, porteur de trois nævi ayant les caractéristiques suivantes : nævus lenticulaire, saillant, charnu, fortement pigmenté de brun avec un ou deux gros poils complètement entouré d'une zone arrondie, régulière, de couleur vitiligineuse, d'un blanc laiteux de un quart à un demi centimètre de diamètre, à limites nettes.

Ces deux derniers cas sont d'autant plus intéressants que l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué par le professeur agrégé MURATEL : « les cellules næviques, nous dit-il, sont accumulées dans la zone pigmentée, elles s'y trouvent tassées en quantité considérable donnant ainsi l'aspect d'un épithélioma au début. On n'en trouve pas dans la zone achromique. »

Et PETGES conclut en disant : « l'aspect est tel qu'il semble que tout le pigment de l'auréole se soit accumulé sur le nævus. »

Cette conclusion définit à elle seule toute la première théorie adoptée par ces auteurs.

En effet, pour eux :

Le nævus est primitif, voire même congénital ; plus tard, tout autour et de façon régulière s'est développée la tache vitiligineuse.

Mais est-ce bien la tache de *vitiligo classique* ? PETGES nous fait remarquer en effet que « autour de la zone achromique, il n'existe pas de zone d'hyperpigmentation comme dans le vitiligo. Tout autour la pigmentation de la peau saine est normale. »

SUTTON, dans sa seconde observation, note ce fait lui aussi : « pas d'hyperpigmentation sur leur pourtour. »

Donc ici tout se passe comme si le pigment, au lieu d'être refoulé vers les bords, passait au contraire dans le nævus par une sorte de « *déséquilibre de la mélanogénèse* » ainsi que l'expliquent STOKES et VON POOR, ou bien alors comme si autour du nævus il se formait une zone d'hypoactivité circulatoire répondant assez bien au *nævus anémique*.

2^o Observations se rapportant à la théorie de la variété rare du vitiligo dont certaines taches seraient centrées par un nævus pigmentaire.

MONTPELLIER et LACROIX, RABUT, BARTHÉLEMY, GUGEROT, BLUM et GASSOT, ainsi que de nombreux autres auteurs, appuient cette seconde thèse d'un nombre relativement important d'observations.

Dans une observation de MONTPELLIER et LACROIX, il s'agit d'un jeune homme de quinze ans présentant un vitiligo datant d'un an environ et en même temps de nombreux nævi pigmentaires disséminés sans ordre sur tout le corps.

« Certains de ces nævi, au nombre de six, centrent exactement des taches vitiligineuses. En outre de ces six éléments très nets, on note trois autres nævi également pigmentaires et saillants autour desquels s'amorce un halo dépigmenté. »

Le cas de RABUT nous présente l'association plus rare de trois sortes d'éléments : pelade, vitiligo et nævus chez une fillette de huit ans.

« Vitiligo typique étendu sur la nuque... D'autre part, sur la tête, plaques de pelade de la dimension approxi-

mative d'une pièce de un franc... Enfin, sur le tronc et la racine de la cuisse gauche série de taches achromiques nettement limitées, arrondies ou ovalaires. »

Deux d'entre elles, ajoute l'auteur, offrent un aspect particulier : « Au niveau de la région dorso-lombaire c'est une tache ovale, d'un blanc porcelaine, mesurant approximativement cinq centimètres sur trois centimètres et centrée d'un petit nævus rouge, légèrement papuleux, de dimension d'un grain de blé. La région inguino-crurale gauche présente en plus petit un élément identique. »

L'observation de GOUGEROT, BLUM et GASSOT nous signale chez une jeune malade l'association d'éléments vitiligineux simples, « une soixantaine de taches disséminées sur tout le corps » et de « nævi isolés au nombre de vingt-cinq environ disséminés un peu partout ; nævi pigmentés, plans ou papuleux, congénitaux ou tardifs. »

Ces auteurs notent encore « sept taches de vitiligo centrées par de petits nævis pigmentés : deux au cou, une en avant de l'oreille droite, une à l'épaule gauche, une à l'avant-bras gauche, une au bras droit et une à la fesse droite. »

« Ces nævi, ajoutent plus loin les auteurs, sont situés exactement au centre des taches de vitiligo et préexisteraient au vitiligo. »

Enfin l'observation de BARTHÉLEMY nous montre l'apparition chez une fillette de neuf ans d'un vitiligo péri-nævique révélé par le hale solaire. « Elle portait sur le corps quelques petits nævi qui jusqu'alors avaient passé presque inaperçus. Mais le hale solaire une fois installé, trois d'entre eux, à la poitrine, à l'épaule et au

dos se sont trouvés au centre d'un cercle blanc. Ces nævi à peine papuleux sont de faibles dimensions. »

Plus loin, dans la discussion, BARTHÉLEMY ajoute : « Il semble que l'on soit en présence d'un vitiligo véritable, quoique discret. »

Pour ces auteurs, à côté du nævus leuco-pigmentaire, il existe un autre ordre de manifestation pathologique dans laquelle le nævus n'est plus l'élément dominant.

Le nævus ici n'a fait qu'appeler la tache de vitiligo et en orienter le développement. La vraie maladie, ici, paraît être le vitiligo, puisque dans l'observation de GOUGEROT par exemple on note des taches vitiligineuses absolument indépendantes des nævi.

De l'examen de ces diverses observations et des théories pathogéniques qui en découlent, il nous semble que tout le problème réside entre deux conceptions qui s'opposent.

a) Leucodermie d'origine nævique par attraction des pigments de la zone cutanée environnante par le nævus.

b) Leucodermie centrée par un nævus, mais évoluant par elle-même.

(Leucoderma centrifugum acquisitum).



III

OBSERVATION DE J. MARGAROT ET J. RAVOIRE

Maladie de Sutton
avec involution du nævus pigmentaire central

Nous allons donner ci-après in-extenso l'observation de J. MARGAROT et J. RAVOIRE concernant ce cas.

Une femme âgée de quarante-quatre ans, présente depuis son enfance un nævus verruqueux, pigmentopileux, de coloration très foncée, situé sur la partie inférieure de la joue gauche, à deux centimètres environ en dehors et un peu au-dessous de la commissure labiale.

Il y a quatre ans, elle a remarqué l'apparition autour de ce nævus d'un halo blanc d'une largeur de deux à trois millimètres. Sa circonférence interne se confondait avec la bordure de la saillie nævique.

Progressivement cette tache s'est élargie sans que sa bordure externe cessât d'être nettement tracée du côté des téguments sains.

A l'heure actuelle, elle constitue une zone décolorée dont le nævus occupe approximativement le centre.

Elle a la forme d'une surface ovulaire dont le grand diamètre, oblique en bas et en dehors, atteint par son extrémité interne la commissure labiale ; il mesure quatre centimètres.

Le petit diamètre est de deux centimètres.

Le nævus lui-même mesure quatre millimètres sur trois.

Il est à remarquer que l'orientation de la plaque est très exactement celle du nævus primitif. Leurs axes se confondent.

La bordure de la tache est identique à celle d'une plaque de vitiligo. L'achromie est brusquement interrompue par une ligne brune de teinte plus foncée que les téguments voisins avec lesquels elles se fond progressivement.

Toutefois la dégradation des teintes n'est pas parfaite et dans son ensemble la limite de la tache brune se dessine sous la forme d'un cercle brun.

Quant au nævus central, sa pigmentation a complètement disparu. Il présente une teinte rose-clair en rapport avec un très léger degré d'hyperhémie vasculaire. On remarque que la plage achromique qui l'entoure présente une teinte analogue sous l'influence de la plus petite irritation.

Les poils qui surmontent le nævus sont devenus complètement blancs. Sur la plaque achromique qui l'entoure, le duvet est plus rare que sur les régions voisines. Il est entièrement décoloré.

La malade est très brune. Sa peau se pigmente avec la plus grande facilité sous l'influence de la lumière solaire.

On trouve sur le visage et sur le cou des traces hypo-

chromiques paraissant répondre à des éléments vitiligineux encore peu distincts.

Il existe en divers points de la surface cutanée des nævi pigmentaires ou pigmento-pileux, mais aucun d'eux n'est entouré d'un halo achromique.

On note dans les antécédents de la malade une *pelade aréolaire* survenue il y a quelques années et considérée à ce moment là comme en rapport avec une carie dentaire.

Actuellement cette malade est en traitement dans un sanatorium pour tuberculose pulmonaire. Son état est très satisfaisant et sa sortie serait prochaine.

Son mari est mort subitement à cinquante-six ans. Elle ne lui connaissait aucune maladie.

On ne trouve chez elle aucun indice de syphilis :

Wassermann.	—
Kahn présomption.	—
Kahn standard.	—
Meinicke micro.	—
Meinicke macro.	—

par contre :

Besredka.	+++
-------------------	-----

La malade est revue trois mois après.

La plaque achromique n'a subi aucune modification. Ses dimensions sont les mêmes tandis que le nævus central a légèrement, mais nettement diminué de volume. Il mesure encore quatre millimètres sur deux millimètres, mais son relief s'est notablement atténué.

Cette régression avait été déjà remarquée par la malade. Aucun traitement n'est intervenu en dehors de la thérapeutique instituée pour la tuberculose pulmonaire. Elle n'a pris comme médicaments qu'une préparation associant le calcium à des extraits glandulaires.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

L'observation que nous venons de rapporter paraît devoir être rangée dans le deuxième ordre de faits qui, par ailleurs, nous paraît être de beaucoup le plus fréquent et devoir être incluse dans le cadre des « *leucodermies centrifuges acquises* ».

Nous allons essayer, à cet effet, de prouver que ce cas est un « vitiligo péri-nævique » et non « un nævus achromique ».

Le halo dépigmenté qui entoure le nævus s'est élargi de façon régulière, mais toujours pendant son évolution la bordure externe de la plaque a été très nette. Entre la plaque achromique et les téguments sains périphériques de coloration normale, il existe un cercle brun représentant la zone d'hyperpigmentation des bords de la tache de vitiligo classique.

D'autre part, nous trouvons sur la figure et sur le cou de notre malade d'autres éléments hypochromiques à l'état d'ébauche.

Aucun d'entre eux n'est centré par un nævus.

Notons encore, en faveur du vitiligo, le fait que dans les antécédents de la malade on relève une *pelade aréolaire* datant de quelques années et nous avons vu dans le chapitre des généralités à propos du vitiligo les rapports étroits qui existent entre ces deux affections.

Notre malade est, de plus, très brune, et il est classique que dix-huit fois sur vingt les malades atteints de vitiligo sont des sujets à peau brune.

La croissance et l'évolution des phanères sont bien celles que l'on trouve sur les plaques de vitiligo. Les poils ont blanchi, le duvet entièrement décoloré est

devenu plus rare et plus grêle que sur les régions voisines où la peau est saine.

Enfin la vaso-dilatation facile du nævus verruqueux et de son halo achromique sont en faveur de la nature vitiligineuse de la décoloration.

En revanche tous les examens pratiqués en vue de déceler l'imprégnation syphilitique ont été négatifs.

Mais ceci ne peut être une raison suffisante pour éliminer le vitiligo car, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre des généralités, comme le dit DARIER, « si le rôle de la syphilis est indéniable dans certains cas de vitiligo, puisque cette idée s'est trouvée plusieurs fois confirmée par les résultats obtenus, grâce au traitement anti-syphilitique, rien jusqu'ici n'autorise à admettre qu'il existe un vitiligo syphilitique, ni surtout que tout vitiligo implique une syphilis antérieure, acquise ou héréditaire. »

Nous avons remarqué, en outre, dans l'observation que nous avons citée, qu'il existe en divers points du corps d'autres nævi pigmentaires ou pigmento-pileux, mais dont aucun n'est le centre d'une zone dépigmentée, et ceci est un fait important à noter.

Le fait que la tache de vitiligo centrée par le nævus est la seule bien nette avec sa teinte blanche et sa bordure hyperchromique, que, d'autre part, les autres taches hyperchromiques ne sont encore qu'à l'état d'ébauche, permet de rapprocher notre cas de celui cité par BARTHÉLEMY.

Dans son observation, dont nous avons rapporté plus haut quelques extraits, cet auteur signale en effet la révélation d'un vitiligo par le halo solaire et indique que trois des taches vitiligineuses sont centrées par un nævus.

Le nævus dans ces deux cas nous paraît être non pas l'agent causal du vitiligo, mais un agent favorisant le

développement de cette affection dans la zone cutanée qui l'entoure.

Tout semble se passer en effet comme si le nævus avait commencé par drainer vers lui une partie ou la totalité des pigments des téguments voisins (Théorie du déséquilibre de la mélanogenèse).

A ce stade-là rien de bien visible : le nævus seul peut être constaté.

Mais si à ce moment-là le vitiligo fait son apparition, ces zones, qui sont déjà plus ou moins hyperpigmentées, seront les premières atteintes. Tout à fait au début, il faudra, pour bien faire apparaître le vitiligo, un agent révélateur (hale solaire, dans le cas de BARTHÉLEMY), qui en pigmentant la peau saine sera sans action sur les zones déjà pigmentées ou fortement hypo-pigmentées.

Par la suite, le vitiligo continuant son évolution deviendra visible normalement. Les taches péri-næviques, à évolution égale, seront les plus visibles, car, au début de la dépigmentation vitiligineuse, la région qu'elles occupent avait déjà subi une diminution pigmentaire au profit du nævus.

Les deux observations, celle de BARTHÉLEMY et celle que nous rapportons, nous paraissent donc être la manifestation de la même maladie à des stades différents.

Le nævus ne paraît donc avoir agi ici que comme agent favorisant, en préparant le terrain, le développement d'un vitiligo qui, lui, est la maladie véritable.

Nous verrons, par ailleurs, en étudiant l'évolution de la pigmentation du nævus de notre malade, que si le nævus a appelé le vitiligo, il sera atteint plus tard, à son tour, par la dépigmentation vitiligineuse.

En résumé, le cas de notre malade paraît donc devoir

être classé dans la série des observations relativement nombreuses de vitiligo péri-nævique.

Involution du nævus. — A côté de ce vitiligo péri-nævique signalé dans le cas que nous rapportons, et qui, à lui seul, ne ferait qu'augmenter le nombre des observations déjà nombreuses sans apporter rien de nouveau, se place un autre fait beaucoup plus rare : c'est le phénomène d'involution du nævus central.

Cette involution s'est manifestée par deux étapes successives :

- a) d'abord : dépigmentation progressive du nævus.
- b) ensuite : diminution du volume de la tumeur.

Nous allons examiner maintenant ces deux ordres de transformation :

1° *Dépigmentation.* — Ce nævus pigmento-pileux, datant de l'enfance, n'avait subi aucune transformation jusqu'à il y a quatre ans.

A ce moment-là apparaît, chez notre malade, l'affection que nous avons diagnostiquée être du vitiligo ; en même temps, nous constatons que le nævus central, qui avait servi à préparer le terrain au vitiligo et à en orienter la tache, est à son tour atteint par le phénomène de dépigmentation.

« Il ne présente plus à l'heure actuelle qu'une teinte rose clair en rapport avec un très léger degré d'hyperhémie vasculaire. »

Dans un cas à peu près semblable observé par SANNICANDRO, cet auteur avait signalé la transformation d'un nævus verruqueux pigmento-pileux en nævus plan achromique. Il avait expliqué ce fait par une sorte d'*ataxie pigmentaire* de cause inconnue.

Cet auteur a estimé, en outre, que dans le cas qu'il rapporte, le syndrome observé ne peut être considéré comme un simple vitiligo péri-nævique ; la tache dépigmentée n'étant pas la plaque classique, la zone d'hyperpigmentation qui doit en faire la bordure extrême faisant défaut.

Dans notre cas, au contraire, le vitiligo est confirmé et la dépigmentation elle-même du nævus nous paraît dès lors plus naturelle.

Reprenons en effet, maintenant, le mécanisme que nous avons invoqué plus haut.

Le nævus attire la plaque de vitiligo qui se développe tout d'abord dans la zone partiellement dépigmentée qui entoure le nævus. Nous notons ensuite une progression normale du vitiligo qui s'étend de façon excentrique.

Mais en même temps que le travail de dépigmentation s'exerce sur les tissus en contact avec la bordure externe de la tache, ne peut-on pas admettre que ce même travail ne se fasse en même temps sur toutes les régions pigmentées en contact avec cette tache et, dans le cas qui nous intéresse, sur le nævus même qui en occupe le centre.

L'hypothèse que nous venons d'émettre nous conduit donc à la conception de progression à la fois excentrique et concentrique du vitiligo.

Considérons, en effet, le nævus une fois arrivé au stade de dépigmentation : il fait alors partie intégrante du vitiligo, il en aura dès lors tous les caractères. Les poils qui le surmontent subiront eux aussi la transformation, ils deviennent blancs comme l'est le duvet qui surmonte la plaque de vitiligo.

Il devient, en outre, le siège d'un léger degré d'hyperhémie vasculaire et sur la plaque vitiligineuse qui l'en-

toujours on remarque de même cette hyperhémie sous l'influence de la plus légère irritation.

Ne peut-on du reste attribuer cette modification dans sa vascularisation au travail plus intense qui se produit à ce niveau, travail provenant soit du phénomène de dépigmentation même, soit du deuxième stade de cette involution : la résorption de la tumeur.

2° *Résorption de la tumeur.* — En effet en même temps que ce nævus se décolorait, il diminuait sensiblement de volume.

Trois mois après le premier examen la malade est revue et si, par ailleurs, aucune modification n'est intervenue on constate cependant que « le nævus central a légèrement, mais nettement, diminué de volume. »

Il est à noter en outre, à ce sujet, « qu'aucune médication n'est intervenue entre temps, en dehors de la thérapeutique instituée pour la tuberculose pulmonaire. Elle (la malade) n'a pris comme médicaments qu'une préparation associant le calcium à des extraits glandulaires. »

Donc aucun facteur étranger ne peut être incriminé dans cette évolution.

Que nous reste-t-il dès lors pour expliquer cette résorption de la tumeur ? Les extraits glandulaires ; mais s'il en était ainsi leur action aurait dû se faire sentir sur les autres nævi.

En revanche, comment ne pas être frappé par la coexistence et le parallélisme d'évolution du vitiligo d'une part et d'involution nævique de l'autre.

Mais peut-on se demander quel en est le mécanisme ?

Faut-il voir là un phénomène comparable à celui qu'on rencontre quelquefois en pathologie ? A savoir qu'un processus pathologique établi de longue date peut

rérocéder ou même disparaître devant l'éclosion d'une nouvelle manifestation morbide n'ayant aucun rapport avec la première atteinte.

Est-ce par exemple un phénomène comparable à celui de la disparition de certains nævi à la suite d'un impétigo banal ?

Et pourquoi dès lors refuser au vitiligo ce même rôle ? Ne peut-on pas admettre qu'après avoir décimé les pigments cutanés du nævus, le vitiligo ne puisse détruire ensuite les cellules mêmes formant la petite tumeur nævique.

IV

CONCLUSIONS

Nous venons de voir, d'une part, par l'exposé rapide et succinct des diverses observations que nous avons pu recueillir émanant d'auteurs divers, sur cette affection et, d'autre part, celle de J. MARGAROT et J. RAVOIRE, que nous avons donné in-extenso, combien elles présentent de diversité entre elles.

Tantôt nous avons un halo achromique qui ne présente pas le caractère indéniable du vitiligo entourant un nævus papuleux ou verruqueux, de couleur variable, plus ou moins pigmenté et parfois pigmento-pileux.

Tantôt nous avons un nævus de dimension et de pigmentation variables, centrant une véritable plaque de vitiligo.

Nous notons en outre dans les divers cas observés la constatation soit de nævi isolés sans halo achromique autour, soit, au contraire, dans d'autres cas, la présence de taches vitiligineuses complètement développées ou en état d'ébauche disséminées sur différentes parties du corps et non centrées par un nævus ou même développées en dehors des nævi.

Notons encore un fait qui montre bien l'extrême divergence que l'on a pu constater dans divers cas.

FELDMAN et LASHINSKY observent dans un cas de maladie de SUTTON une insuffisance notable de la circulation capillaire nævique et péri-nævique. De cette constatation les auteurs déduisent que la tache décolorée pouvait être en rapport avec un *nævus anémique* ou simplement avec la superposition d'un trouble dans les réactions vasculaires caractéristiques des nævi anémiques, au nævus achromique proprement dit.

Dans l'observation que nous avons rapportée de J. MARGAROT et J. RAVOIRE, nous avons signalé au contraire que le nævus verruqueux et son halo achromique présentent une vaso-dilatation facile, que nous eussions voulu préciser par certaines épreuves, si les conditions de l'examen l'avaient permis.

Nous signalons en passant que notre observation s'oppose donc à celle des deux auteurs précités (FELDMAN et LASHINSKY) et détruit donc la théorie d'interprétation qu'ils avaient admise.

Cette diversité d'aspect ou d'évolution dans les divers cas signalés avaient été indiqués, ainsi que nous l'avons dit dans notre chapitre des généralités, par divers auteurs, MONTELLIER et LACROIX les premiers, par J. PASSANO, DODERO et SEMINARIO ensuite.

On comprend dès lors combien toutes ces différences ont pu influencer les divers auteurs et donner naissance sur ces cas à des interprétations opposées.

Dans certains cas, en effet, il semble bien que l'on se trouve en présence d'une lésion entièrement nævique centrante un halo achromique non vitiligineux, c'est-à-dire d'un nævus mixte leucopigmentaire.

Dans d'autres cas, au contraire, il s'agirait bien d'un

vitiligo dont certaines taches seraient centrées par un nævus.

Divergences encore dans le phénomène de dépigmentation et d'involution du nævus.

Dans notre observation, le développement d'une plaque de vitiligo autour d'un nævus pigmento-pileux s'est accompagné de l'involution de la tumeur primitive. Celle-ci s'est dépigmentée et a diminué de volume, à tel point que l'on peut conclure à sa disparition prochaine.

Un même processus de dépigmentation et de transformation d'un nævus a été signalé par STILLIANS et SMITH, ainsi que par SANNICANDRO.

Ce dernier a observé la transformation de nævi pigmentaires papulo-verruqueux en nævi achromiques plans. Il estime, ainsi que nous l'avons déjà dit, que dans son cas le syndrome ne doit pas être interprété comme un simple vitiligo péri-nævique, car le halo achromique n'était pas entouré d'une zone d'hyperpigmentation, comme il est de règle dans le vitiligo. Aussi cet auteur pense-t-il plutôt à la transformation d'un nævus pigmentaire en un nævus achromique et conclut à une sorte d'ataxie pigmentaire de cause inconnue.

Il nous paraît plus simple, au moins chez notre malade, où le vitiligo était certain, d'admettre que l'évolution vitiligineuse s'était développée autour d'un nævus pigmento-pileux congénital et avait progressé non seulement vers la périphérie (marche excentrique), mais vers le centre occupé par le nævus (marche concentrique) et avait fini par atteindre ce dernier en provoquant sa dépigmentation et sa diminution de volume.

L'involution d'une lésion congénitale sous l'influence d'un élément pathogène acquis nous paraît plus facile à comprendre et moins isolée dans le groupe des faits

connus que la transformation spontanée d'un nævus pigmentaire en nævus achromique.

Nous est-il possible, dans l'état actuel de nos connaissances sur la maladie de SUTTON et après avoir examiné les divers cas observés et les interprétations qui en découlent, de formuler à notre tour une conception générale qui pourrait en expliquer la pathogénie, le mécanisme et l'évolution : nous ne le pensons pas.

Mais il nous sera peut-être permis d'indiquer qu'à notre avis les observations diverses sur ce cas peuvent avoir été faites à des stades différents de l'évolution de la maladie, et n'ont pas toujours permis d'assister à sa forme terminale. Cette constatation permettrait d'expliquer bien des divergences signalées dans l'interprétation que l'on peut émettre sur cette affection.

Un point cependant nous paraît dès maintenant définitivement acquis, c'est que le rôle de la syphilis ne nous semble pas devoir être retenu comme facteur essentiel dans cette affection. L'observation de MARGAROT et RAVOIRE, en effet, nous indique par les diverses réactions effectuées chez la malade, dont ils ont étudié le cas, la non imprégnation syphilitique.

Mais il se pourrait, à notre avis, que la maladie de SUTTON soit dominée par une cause pathologique déterminante variant suivant les cas, syphilis, tuberculose, troubles nerveux soit d'origine centrale soit d'origine périphérique ayant une action plus ou moins occulte sur elle.

Par elle et sous son influence l'action et le développement soit du nævus, soit de la plaque achromique seraient fortement dirigés, et dans le cas du vitiligo en particulier, ne peut-on admettre que son action puisse donner à cette maladie une virulence particulière lui

permettant de se développer activement et de résorber la tumeur congénitale qui, au début, avait peut-être favorisé son apparition.

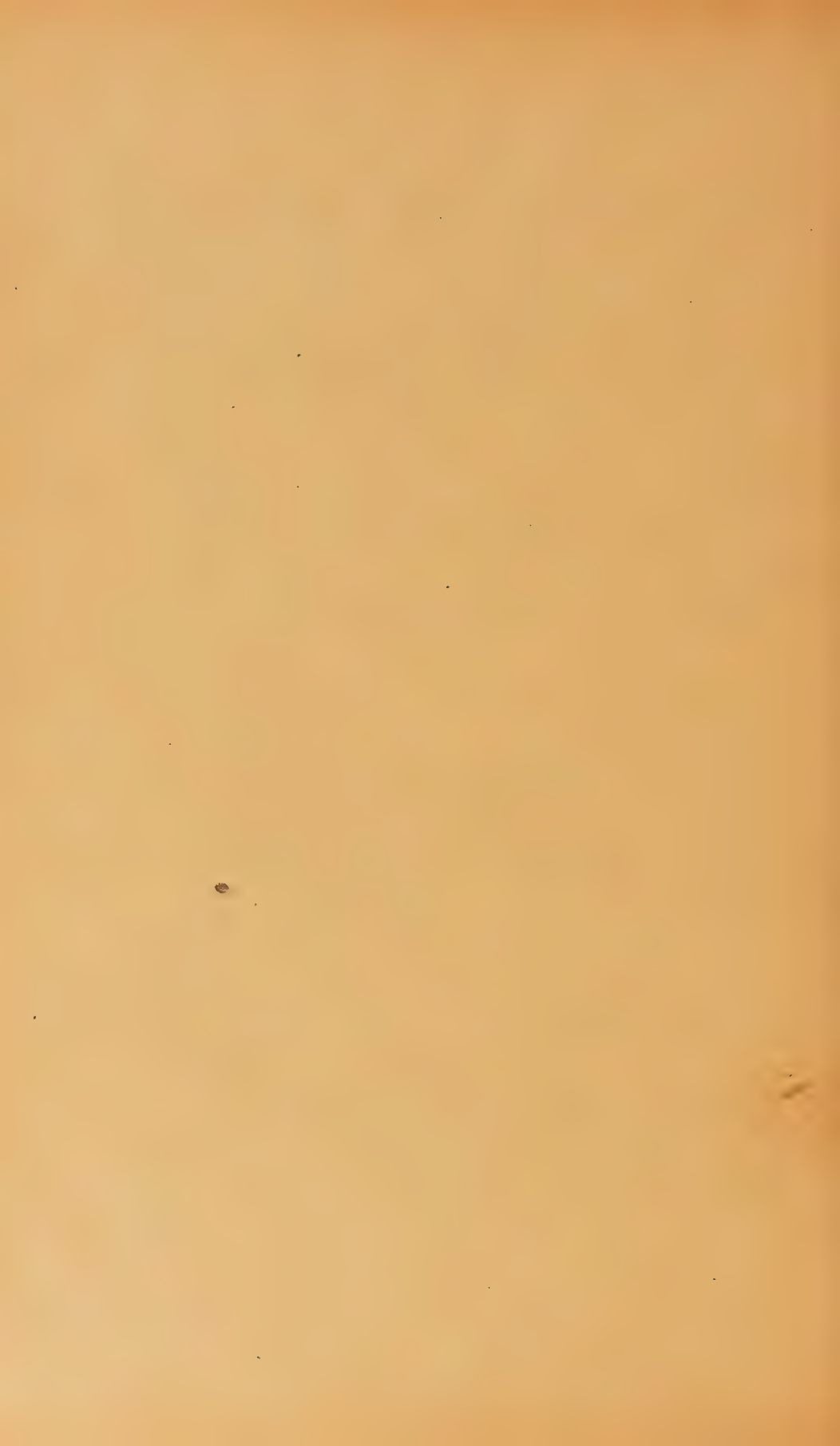
Si, d'autre part, nous pouvons envisager l'hypothèse de deux affections distinctes évoluant en même temps ou à des périodes rapprochées chez un même individu, rien ne nous empêche d'ailleurs en aucune sorte d'admettre la réalité de quelque correspondance secrète entre l'une et l'autre. Nous avons, en effet, indiqué que si le nævus pigmentaire semble, par un travail préparatoire appeler le vitiligo, et en orienter le développement excentrique, ce dernier finira, par un développement concentrique, par agir sur le nævus en provoquant d'abord la dépigmentation et ensuite la disparition.

En bref :

1^o La maladie de SUTTON, caractérisée par un nævus pigmentaire central, entouré d'une zone achromique, a été considérée tantôt comme une maladie nævique intégrale, c'est-à-dire comme un complexe anatomo-clinique formé par la réunion d'un nævus pigmentaire et d'un halo achromique, tantôt comme un vitiligo dont les taches sont centrées par un nævus pigmentaire.

2^o L'observation que nous apportons est en faveur de la seconde interprétation.

3^o Elle présente en outre une particularité qui n'a été notée jusqu'à présent que sur un très petit nombre de cas : le nævus pigmentaire s'est progressivement décoloré. Cette involution nous paraît un nouvel argument en faveur de la nature vitiligineuse de la tache achromique.



BIBLIOGRAPHIE

1. SUTTON. — An anormal variety of vitiligo (leucoderma centrifugum acquisitum) *Journ. of. Cut. Dis.*, 1916.
2. HEBRA et KAPOSÍ. — Diseases of the skin (traduit par Warren Tay, Londres, 1874).
3. ROLLESTON. — Jaundice with Area of unpigmented Skin. *Proc. Roy. soc. méd.*, 1910.
4. ALMKVIST. — Ein Fall Von eigentumlichen Nævi. *Dermat. Woch.*, 1915.
5. J. PASSANO, O. D. DODERO et C. M. SEMINARIO. — Vitiligo péri-nævique. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, Buenos-Ayres, tome XXI, 2^me partie, 1937.
6. CARRERA. — Consideraciones sobre un caso de leucodermia centrifuga. *Assoc. Arg. de Dermat. y Sifil.*, 1931.
7. NOUSSITOU et BOSCH. — *Ass. Arg. de Derm. et Sifil.*, juin 1937.
8. NARDUCCI. — Sul Nevo Leucopigmentario e sulla vitiligene perinevica. *Arch. Ital. di Dermat. et Sifil.*, 1923.
9. RABUT. — Pelade, vitiligo et nævi. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1923.
10. CRAWFORD. — *Arch. of. Derm. and Syph.*, 1924.
11. GOUGEROT, BLUM et GASSOT. — Vitiligo avec nævus papuleux pigmenté central. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1931.
12. LOUSTE, LÉVY-FRANCKEL et CAILLIAU. — Vitiligo péri-nævique. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1932.

13. CORDIVIOLA. — Vitiligo péri-névico. *Revista Arg de Dermato-sifilologia*, 1932.
 14. OBERMAYER. — Leukoderma acquisitum centrifugum and vitiligo in a patient with Addison's Disease. *Arch. of Derm. and Syph.*, 1937, v. 35, n° 2.
 15. MONTPELLIER. — Vitiligo a début périnévique, *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1922.
 16. MONTPELLIER et LACROIX. — Nævus leuco-pigmentaire et vitiligo péri-névique. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1923.
 17. BARTHÉLEMY. — Taches achromiques centrées par un nævus. Révélation par le hale solaire. *Bull. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1934.
 18. BUNCH. — White spot disease and vitiligo. *British Journal of Dermat. and Syph.*, 1918. — Vitiligo with central pigmented Mole. *Proc. Royal Soc. méd.* (Section child. dis.), 1918. Vitiligo with central pigmented moles ; *id.*, sec. Dermat., 1919-20.
 19. PETGES. — Nævus pileaire entouré d'un vitiligo. *Bul. de la Soc. franç. de Derm. et de Syph.*, 1921.
 20. STOKES. — Leukoderma acquisitum centrifugum (Sutton), *Arch. of Derm. and Syph.*, mai 1923.
 21. VON POOR. — Ueber Leukoderma centrifugum acquisitum. *Dermat. Wochns.*, 1925.
 22. FELDMANN et LASHINSKY. — Halo Nævus L. C. A. (Sutton). Leukopigmentary nævus. *Arch. of Dermat. and Syph.*, vol. 2, 1932.
 23. STILLIANS et SMITH. — L. C. A. (Perinevoid leukoderma). *Arch. of Dermat. and Syph.*, v. 35, n° 2, 1937.
 24. SANNICANDRO. — Transformation de nævi pigmentaires papulo-verruqueux en nævi achromiques plans. II. *Dermosifiligraco.*, avril 1932.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Vu :

Montpellier, le 1^{er} décembre 1939

Le Doyen,

EUZIÈRE,

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 2 décembre 1939,

Le Recteur,

PARISELLE.



